



CODIFICAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Sandra Rodrigues Gil, Administradora Hospitalar

Externalidades da implementação dos GDH ao nível do SIH

Impacto ao nível da avaliação do desempenho hospitalar

A avaliação de desempenho dos hospitais pela ACSS/ ARS

A avaliação de desempenho dos hospitais por outras entidades

Conclusões

EXTERNALIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DOS GDH

A introdução dos GDH como base do modelo prospetivo de financiamento hospitalar



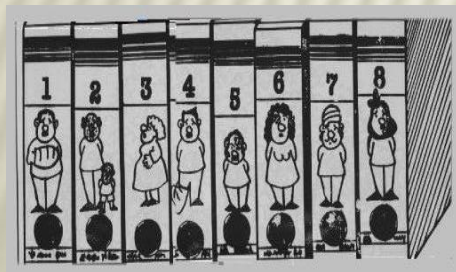
A formação de médicos em técnicas de codificação (CID-9-CM)

A criação de um resumo de alta normalizado - Folha de Admissão e Alta - a fim de recolher um conjunto mínimo de dados de natureza clínica e administrativa relativo a cada doente saído

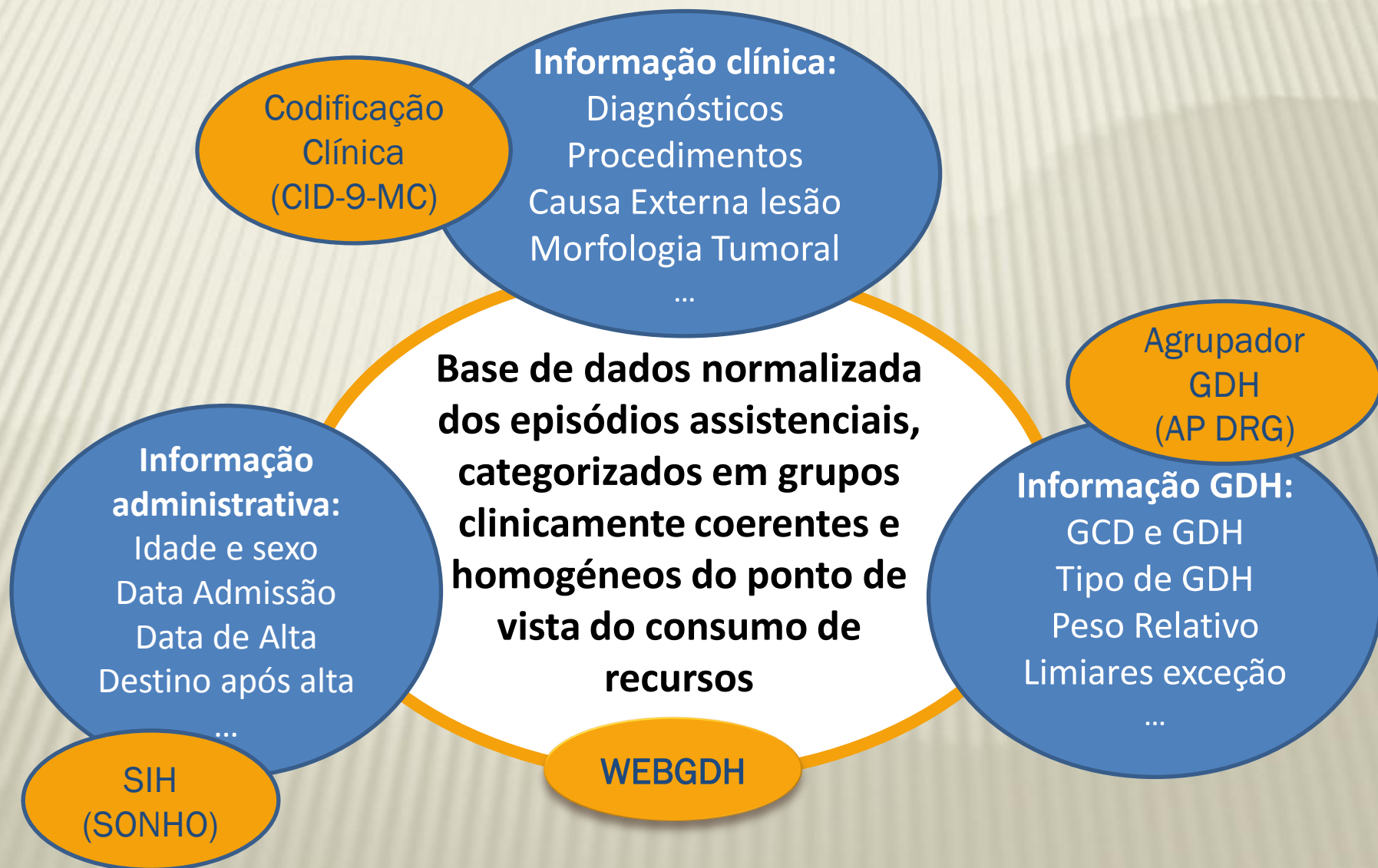
LDRG: classificação automática dos episódios em grupos de diagnóstico homogéneos (GDH) ⇒ Descrição standardizada da casuística hospitalar, em termos clínicos e de consumo de recursos.

CLASSIFICAÇÃO DE CUSTO (DRETO ACORDO)	
0.1	
0.2	
0.3	
0.4	
0.5	
0.6	
0.7	
0.8	
0.9	
1.0	
1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
1.5	
1.6	
1.7	
1.8	
1.9	
2.0	
2.1	
2.2	
2.3	
2.4	
2.5	
2.6	
2.7	
2.8	
2.9	
3.0	
3.1	
3.2	
3.3	
3.4	
3.5	
3.6	
3.7	
3.8	
3.9	
4.0	
4.1	
4.2	
4.3	
4.4	
4.5	
4.6	
4.7	
4.8	
4.9	
5.0	
5.1	
5.2	
5.3	
5.4	
5.5	
5.6	
5.7	
5.8	
5.9	
6.0	
6.1	
6.2	
6.3	
6.4	
6.5	
6.6	
6.7	
6.8	
6.9	
7.0	
7.1	
7.2	
7.3	
7.4	
7.5	
7.6	
7.7	
7.8	
7.9	
8.0	
8.1	
8.2	
8.3	
8.4	
8.5	
8.6	
8.7	
8.8	
8.9	
9.0	
9.1	
9.2	
9.3	
9.4	
9.5	
9.6	
9.7	
9.8	
9.9	

PROCEDIMENTOS	
0.1	
0.2	
0.3	
0.4	
0.5	
0.6	
0.7	
0.8	
0.9	
1.0	
1.1	
1.2	
1.3	
1.4	
1.5	
1.6	
1.7	
1.8	
1.9	
2.0	
2.1	
2.2	
2.3	
2.4	
2.5	
2.6	
2.7	
2.8	
2.9	
3.0	
3.1	
3.2	
3.3	
3.4	
3.5	
3.6	
3.7	
3.8	
3.9	
4.0	
4.1	
4.2	
4.3	
4.4	
4.5	
4.6	
4.7	
4.8	
4.9	
5.0	
5.1	
5.2	
5.3	
5.4	
5.5	
5.6	
5.7	
5.8	
5.9	
6.0	
6.1	
6.2	
6.3	
6.4	
6.5	
6.6	
6.7	
6.8	
6.9	
7.0	
7.1	
7.2	
7.3	
7.4	
7.5	
7.6	
7.7	
7.8	
7.9	
8.0	
8.1	
8.2	
8.3	
8.4	
8.5	
8.6	
8.7	
8.8	
8.9	
9.0	
9.1	
9.2	
9.3	
9.4	
9.5	
9.6	
9.7	
9.8	
9.9	



EXTERNALIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DOS GDH



EXTERNALIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DOS GDH

Os sistemas de classificação de doentes geram, por rotina, um conjunto de dados de natureza clínica, demográfica e administrativa, que se traduziram numa mais-valia para as organizações :

- ✓ facilitou a **avaliação do desempenho e da qualidade**;
- ✓ facilitou a comparação de resultados entre instituições,
- ✓ contribuiu para a melhoria das **estatísticas de mortalidade e de morbilidade** relativas a doentes internados;
- ✓ permitiu o financiamento da produção ajustada pelo índice de case mix e este contribuiu, por sua vez, para o maior rigor e qualidade da informação de natureza contabilística

(Margarida Bentes, 1999)

Externalidades da implementação dos GDH ao nível do SIH

Impacto ao nível da avaliação do desempenho hospitalar

A avaliação de desempenho dos hospitais pela ACSS/ ARS

A avaliação de desempenho dos hospitais por outras entidades

Conclusões

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

É primordial para a gestão de qualquer organização conhecer:

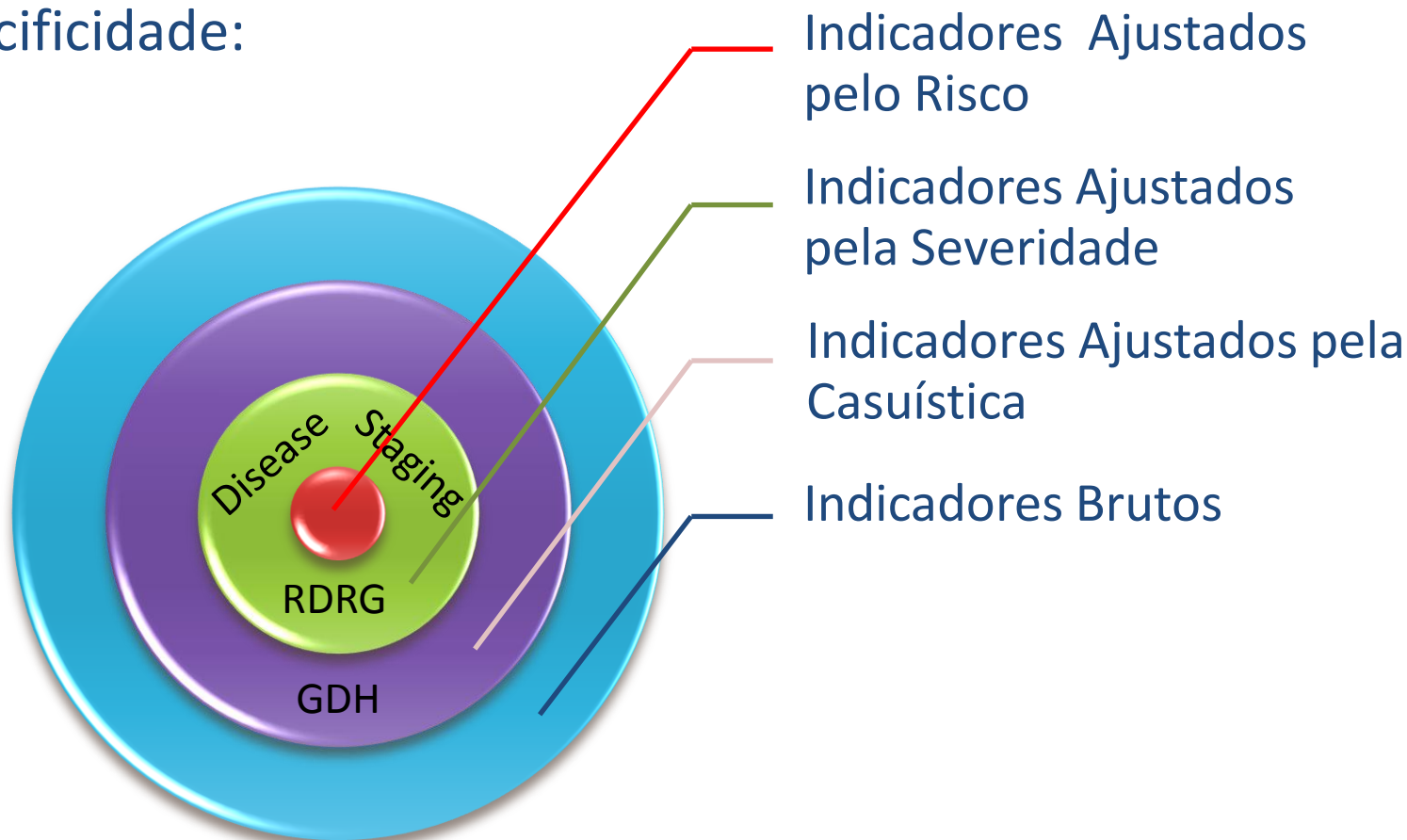
- O que produz → Tipos de Doentes tratados
- Como produz → Padrões de assistência
- Os custos com que produz → Eficiência técnica
- A qualidade do que produz → Do produto e do resultado

De tal condição está dependente o desenvolvimento de um sistema efetivo de controlo de gestão que permita:

- avaliar sistematicamente o desempenho da empresa,
- introduzir eventuais medidas corretivas
- alcançar as metas e objetivos propostos.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

A avaliação do desempenho serve-se de indicadores, os quais poderão assumir diferentes níveis de especificidade:



AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PELO IGIF (ACSS)

Cenário Anterior

A **estatística da atividade assistencial** realizada nos hospitais do SNS era apresentada dividida por:

- ✓ dimensão do hospital;
- ✓ linhas de produção e por serviço/ especialidade:
 - I) Internamento: especialidades médicas e cirúrgicas.
 - II) Outros serviços clínicos: Hospital de Dia, Urgência e MCDT;

Descrição quantitativa da produção com recurso a unidades de medida agregadas e a indicadores estatísticos brutos como:

- Doentes saídos
- Dias de internamento
- Taxa de ocupação
- Demora média
- N.º de consultas
- N.º de urgências
- N.º de sessões em Hospital de Dia
- N.º de exames e tratamentos

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PELO IGIF (ACSS)



Ministério da Saúde
IGIF
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÊNEOS

RELATÓRIO NACIONAL DE 2004



Ministério da Saúde
IGIF
Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

Ano: 2004
Hospital: Seia
Grupo: 5

	Hospital	Grupo	Nacional
Total de episódios	2.823	58.631	1.051.273
Total de internamentos	2.507	53.088	954.206
Cirurgia ambulatorio	276	4.873	77.821
Outros episódios ambulatorio (1)	40	670	19.246
Internamento			
Nº de doentes saídos (a)	2.507	53.088	954.206
Nº de doentes equivalentes (b)	2.319	48.929	873.800
b / a (%)	92,49	92,17	91,57
Demora média	7,48	6,83	6,95
Esperada em relação ao:	——	7,62	7,31
Índice de case - mix	0,9175	——	——
Doentes excepcionais (%)	9,69	10,21	11,27
Curta duração (%)	8,22	8,75	9,39
Longa duração (%)	0,92	1,00	1,20

- Descrição da produção do internamento e cirurgia de ambulatorio por GDH
- Utilização de indicadores ajustados pela casuística:
 - ✓ demora média por GDH
 - ✓ % doentes excepcionais
 - ✓ % readmissões em GDHs cir.
 - ✓ GDH com maior nº de óbitos
 - ✓ % complicações relativas a procedimentos cirúrgicos, gravidez, parto e puerpério
 - ✓ GDHs com maior n.º de úlceras de decúbito

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PELA ACSS/ARS

Cenário Atual

No processo de contratualização com os Hospitais são traçados objetivos de eficiência e qualidade para a atividade assistencial, a partir do histórico da instituição e de padrões de referência, cujo cumprimento é aferido por **indicadores ajustados**, cada vez mais, **pela casuística**:

Exemplos:

1. **CP 2010.2012:** % de cirurgia de ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas (GDH)

CP 2013: % de cirurgias de ambulatório (GDH) no total de cirurgias programadas ambulatorizáveis (GDHs cirúrgicos com preço de ambulatório)

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PELA ACSS/ARS

Cenário Atual

2. CP 2010-2012: % de episódios de Internamento cirúrgicos com complicações *, no total de episódios de internamento cirúrgico:

*Consideram-se os seguintes **diagnósticos adicionais** (códigos CID-9 MC):

- ✓ 429.9, 429.4 – Complicações de cirurgia cardíaca
- ✓ 569.60 a 569.69, 530.86 a 530.89 – Complicações de estomas digestivos
- ✓ 038.0 a 038.9 – Septicémia
- ✓ 996.00 a 996.69 – Complicações mecânicas
- ✓ 996.70 a 996.79 – Complicações de dispositivos internos
- ✓ 996.80 a 996.89 – Complicações do órgãos transplantados
- ✓ 996.90 a 996.99 – Complicações de partes do corpo recolocadas
- ✓ 997.0 a 997.5 – Complicações de aparelhos especificados
- ✓ 997.6x – Complicações de cotos de amputação
- ✓ 997.7x – Complicações vasculares
- ✓ 997.9x - Complicações que afetam partes do corpo NCOP
- ✓ 998.0 a 998.9 – Outras complicações de procedimentos cirúrgicos

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PELA ACSS/ARS

Cenário Atual

3. CP 2013 (IR ARSC): % de episódios de internamento com complicações (acidentes e reações anormais em atos médicos ou cirúrgicos*), no total de episódios de internamento

*Consideram-se as seguintes **causas externas** (códigos CID-9 MC):

- ✓ E870.0 a E876.9 – Azares (*misadventures*) que ocorreram a doentes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos
- ✓ E878.0 a E879.9 – Procedimentos cirúrgicos e médicos como causa de reação anormal do doente ou de complicação tardia, sem menção de azares na altura do procedimento



É crucial o papel do auditor interno, para garantir a coerência dos dados, de modo que os diagnósticos que necessitam de causa externa não fiquem sem ela e que seja estabelecida a devida correspondência entre os diagnósticos e as causas externas (*ex. um diagnóstico de complicação não pode ter uma causa externa de traumatismo*)

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PELA ACSS/ARS

Cenário Atual

4. CP 2010-2012: % de reinternamentos nos 5 dias posteriores à alta do doente, no total de internamentos

CP 2013: % de reinternamentos ocorridos nos 30 dias posteriores à alta, no total de internamentos.

São excluídos do 2º episódio os seguintes GDHs:

- ✓ 249 Disfunção, reação ou complicação de dispositivo ou proc. ortopédico
- ✓ 317 Internamento para diálise renal
- ✓ 409 Radioterapia
- ✓ 410 Quimioterapia
- ✓ 465 e 466 Continuação de cuidados
- ✓ 635 e 636 Continuação de cuidados com RN/ lactentes para aumento de peso
- ✓ 754 Cuidados terciários, idade superior ou igual a 1 ano
- ✓ 876 Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterápico

PONTOS POSITIVOS DO MODELO DE AVALIAÇÃO

- 👍 Ao nível da avaliação da eficiência e qualidade realizada pela ACSS/ARS, é visível que a codificação dos dados clínicos representou uma **mais valia** informacional, em termos da clareza, mensurabilidade e comparabilidade de instituições com diferentes casuísticas.
- 👍 Tem-se verificado um refinamento dos indicadores utilizados, tornando-os mais apurados e mais aptos a identificar eventuais ineficiências ou problemas de qualidade.
- 👍 Proporciona uma ferramenta de *benchmarking* melhorada, permitindo uma comparação mais rigorosa de desempenhos e a identificação de oportunidades de melhoria no âmbito de cada organização.

- 👉 Nem sempre a **informação clínica** que emana da atividade se encontra reflectida de forma **completa e clara** no processo do doente que é dado a codificar;
- 👉 Nem sempre a codificação do processo é realizada da forma mais **exaustiva** e mais **precisa**;
- 👉 Nem sempre a codificação é realizada com a **celeridade** desejada;
- 👉 Tais falhas podem produzir enviesamentos ao nível da captura das características da produção hospitalar e da qualidade assistencial, com impacto na respetiva avaliação periódica do desempenho;

👉 Atualmente a codificação não permite reconhecer as condições adquiridas durante a estadia do doente e as existentes na altura da admissão (*“Present On Admission”*), de forma a distinguir as complicações das comorbilidades, no âmbito das avaliações de desempenho



Taxa de ocorrência de úlceras de decúbito, com origem hospitalar

Taxa de ocorrência de infeções urinárias, com origem hospitalar

Taxa de ocorrência de pneumonias, com origem hospitalar

Taxa de ocorrência de fraturas, pós-admissão hospitalar

👉 O aumento do n.º de GDHs, se por um lado, permite uma maior refinamento da categorização da produção hospitalar, em função da sua complexidade, por outro torna menos manejável tais grupos para efeitos da caracterização da produção:

Ex: Apendicectomia : 5 GDHs (164,165,166,167, 883)

Hernias: 6 GDHs (159,160,161,162,163, 554)

Colecistectomias: 8 GDHs (195,196,197,198, 493,494,556, 787)

👉 Seria vantajoso, para facilitar o tratamento estatístico da casuística de um serviço cirúrgico, que fosse indicado qual o procedimento de interesse, à semelhança do que se encontra instituído para os diagnósticos.

ÍNDICE

Externalidades da implementação dos GDH ao nível do SIH

Impacto ao nível da avaliação do desempenho hospitalar

A avaliação de desempenho dos hospitais pela ACSS/ ARS

A avaliação de desempenho dos hospitais por outras entidades

Conclusões

RANKING DOS HOSPITAIS PÚBLICOS - ENSP



AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO
DOS HOSPITAIS PÚBLICOS
(INTERNAMENTO)
EM PORTUGAL CONTINENTAL
2011

- Versão provisória -

Carlos Costa
Sílvia Lopes

Dezembro de 2012

- ❖ Fonte de Dados: base de dados dos GDHs do internamento dos hospitais públicos do continente.
- ❖ Aplicação conjunta de uma das versões dos GDHs – *IRDRGs* – e o *Disease Staging*.
- ❖ Ajustamento pela Severidade e pelo Risco através da utilização do *software* do *Disease Staging*, que permite identificar os estadios e os sub-estadios da doença principal e das comorbilidades e apresenta previsões para a mortalidade, complicações e readmissões.
- ❖ Avaliação dos cuidados prestados através de três indicadores – mortalidade, complicações e readmissões – e um indicador global da efetividade, que resulta de uma média ponderada destes três indicadores.

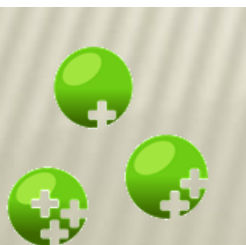
RATING DA EXCELÊNCIA CLÍNICA DO SINAS - ERS

- ❖ O SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – é um sistema de avaliação da qualidade global dos prestadores (públicos e privados) de cuidados de saúde, da ERS.
- ❖ Fonte de Dados: base de dados dos resumos de alta (INT+CAMB), complementados com elementos do processos clínico.
- ❖ É analisado o desempenho em diversas áreas clínicas, através de um conjunto de indicadores que pretendem aferir do cumprimento de *guidelines* e boas práticas, a diversos níveis da prestação de cuidados como o diagnóstico, os procedimentos ou a profilaxia.



O RATING DA EXCELÊNCIA CLÍNICA DO SINAS - ERS

- ❖ Para o cálculo do *rating* final de cada área clínica são utilizados:
 - Indicadores de processo - que refletem o grau de concordância da prestação de cuidados com as *guidelines* - o cálculo decorre de um “modelo de oportunidades” (*ex. Prescrição de profilaxia recomendada do tromboembolismo venoso para doentes submetidos a artroplastia da anca/joelho*)
 - Indicadores de resultado - que refletem o impacto dos cuidados de saúde prestados no estado de saúde do doente - é utilizado o “modelo de ajuste de risco”, para calcular a probabilidade esperada de determinado evento, tendo em consideração as características e complexidade dos doentes tratados nos diversos prestadores (*ex. Mortalidade intra-hospitalar corrigida para doentes com tratamento cirúrgico de fratura proximal do fémur*)



BENCHMARKING CLÍNICO (IASIST)

- ❖ Fonte de Dados: base de dados dos GDHs do internamento e cirurgia de ambatório de hospitais de vários países
- ❖ Dimensões de análise :
 - Qualidade e exaustividade dos registos
 - Casuística e sua complexidade
 - Gestão dos tempos de internamento
 - Gestão do potencial de cirurgia ambatória
 - Qualidade dos resultados clínicos traduzida por:
 - ✓ mortalidade intra-hospitalar,
 - ✓ complicações intra-hospitalares
 - ✓ readmissões urgentes a 30 dias.



BENCHMARKING CLÍNICO (IASIST)

❖ Ajustamento pelo Risco:

Na gestão dos tempos de internamento, a determinação da demora média ajustada, é feita através de dois modelos de regressão linear múltipla (o *Peer Group*, com os dados de todos os hospitais e o *Benchmark*, apenas com os dados dos mais eficientes), incorporando variáveis referentes ao paciente, ao episódio e ao tipo de hospital.

Na avaliação da qualidade (mortalidade, complicações e readmissões), as ocorrências esperadas obtêm-se mediante um modelo de regressão logística que incorpora, variáveis referentes ao paciente, ao episódio de assistência e ao tipo de hospital que o trata.



PONTOS FORTES

- ↑ Facultam aos **utentes** informação clara e inteligível sobre os níveis de qualidade dos diversos prestadores de cuidados de saúde de Portugal, promovendo a tomada de decisões mais informadas.
- ↑ Facultam aos **prestadores** uma ferramenta de *benchmarking*, possibilitando conhecer as áreas de excelência e de melhoria.
- ↑ Baseiam-se em **indicadores ajustados pela severidade e/ou pelo risco**, que ponderam os valores observados com os valores esperados em função das características dos doentes/episódio, permitindo distinguir a variação inerente às características dos doentes tratados/episódio, da variação imputável a outras causas.

LIMITAÇÕES

Há variações, entre os hospitais, ao nível da exaustividade e da precisão do registo e/ou da codificação dos episódios, que poderão influenciar os indicadores ajustados ao risco individual dos utentes.

Uma maior exaustividade no registo/codificação terá repercussões importantes na qualidade dos resultados, na medida em que:

- permite uma melhor avaliação do risco dos doentes tratados,
- contribui para uma melhor justificação do consumo de maiores tempos de internamento,
- contribui para uma melhor justificação do risco de mortalidade, complicações e readmissões.

A implementação dos GDH – externalidades ao nível do SIH

A implementação dos GDH – impacto ao nível da avaliação do desempenho hospitalar

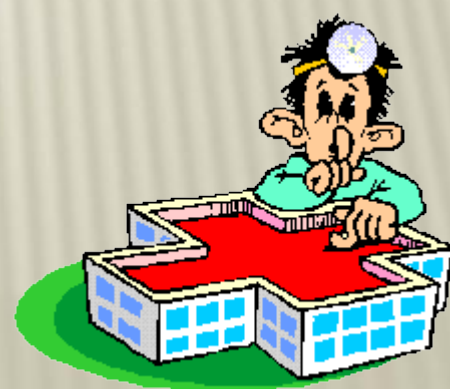
A avaliação de desempenho dos hospitais pela ACSS/ ARS

A avaliação de desempenho dos hospitais por outras entidades

Conclusões

CONCLUSÕES (1)

A codificação sistemática e rotineira dos resumos de alta hospitalares possibilitou um grande avanço dos modelos de avaliação do desempenho, pela interligação das duas ilhas de informação – a informação administrativa e a informação clínica – possibilitando a obtenção de indicadores mais apurados e analíticos, suscetíveis de facultar uma plataforma de construtivo diálogo com os profissionais clínicos.



CONCLUSÕES (2)

A melhoria dos resultados dos modelos de avaliação de desempenho passa necessariamente pela melhoria contínua da:

1. Exaustividade dos registos clínicos

O comportamento em termos de registo não é uniforme entre hospitais, nem mesmo entre serviços do mesmo hospital introduzindo, à partida, enviesamentos ao nível da informação disponível para codificação .

Fatores críticos de sucesso:

Mobilizar a classe médica para um preenchimento rigoroso dos processos clínicos e estabelecer mecanismos de controlo:

- papel insubstituível dos Diretores de Serviços;
- realização de auditorias aleatórias aos processos clínicos.



CONCLUSÕES (3)

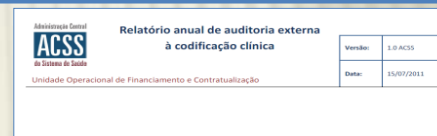
A melhoria dos resultados dos modelos de avaliação de desempenho passa necessariamente pela melhoria contínua da:

2. Qualidade da codificação

Considerável variação, entre instituições, ao exaustividade da codificação dos episódios, da complexidade / severidade da respetiva produção.

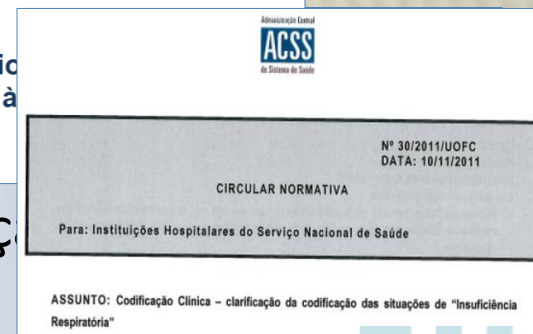
Fatores críticos de sucesso:

- **Verificação de dados não fidedignos ou incompletos** ⇒ realização de auditorias à codificação (internas e externas)
- **Normalização da codificação a nível nacional** ⇒ Cursos de reciclagem, divulgação de orientações específicas pela ACSS;
- **Divulgação das boas práticas:** Formação interna do GCAC, seminários de codificação, o Portal de Codificação e dos GDH.



Relatório
externa à

Ano 2010



CONCLUSÕES (4)

A melhoria dos resultados dos modelos de avaliação de desempenho passa necessariamente pela melhoria contínua da:

3. Celeridade do processo

Para a monitorização regular do desempenho, é crucial:

- a atempada codificação e agrupamento em GDH;
- que o processo de auditoria não se dilate no tempo, alterando, reiteradamente, os dados já reportados.



Fatores críticos de sucesso:

- Garantir a eficácia do processo de codificação e registo no WEBGDH
- Definição de um prazo-limite para a codificação e a faturação da atividade pelos hospitais, com penalizações de não cumprimento.

E-mail: sandra.gil@ulsguarda.min-saude.pt

